

AVALIAÇÃO DE UM SERVIÇO SUBSTITUTIVO EM SAÚDE MENTAL*

Fernanda Barreto Mielke¹, Luciane Prado Kantorski², Vanda Maria da Rosa Jardim³, Agnes Olschowsky⁴

RESUMO: A necessidade de avaliar o funcionamento dos serviços substitutivos em saúde mental é emergente, para conhecer a realidade e a organização do processo de trabalho, pautado nos princípios da reabilitação psicossocial. Temos objetivo de avaliar o processo de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial-CAPSII de um município da região sul do Brasil, a partir dos pressupostos de Donabedian. Trata-se de um estudo avaliativo, descritivo, sendo parte do estudo piloto da pesquisa CAPSUL. A coleta de dados ocorreu em maio de 2006, com 18 profissionais do serviço, representando 82% da equipe. O instrumento de coleta de dados foi um questionário auto-aplicado. A análise de dados foi realizada a partir da legislação em saúde mental vigente. Os resultados revelam que, apesar de dificuldades encontradas no cotidiano do serviço, os profissionais desenvolvem um trabalho de qualidade, acreditando nos resultados positivos da assistência por eles promovida.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação de serviços de saúde; Saúde mental; Reabilitação.

EVALUATION OF A SUBSTITUTIVE SERVICE IN MENTAL HEALTH

ABSTRACT: The need to evaluate the functioning of substitutive services in mental health is emergent, to know the reality and the organization of the work process, based on the principles of psychosocial rehabilitation. We have the objective to evaluate the work process of a CAPSII in one city of southern Brazil, from the Donabedian point of view. It is an evaluative study, descriptive, which is part of a pilot study of the CAPSUL research. The data collection occurred in may 2006, with 18 professionals of the service, representing 82% of the team. The data collection instrument was a self-applied questionnaire, from which 34 questions were used to achieve the objective. Data analysis was performed by the light of the mental health legislation in vigor. The results show that, despite difficulties encountered in daily life of service, professionals develop a work of quality, believing in the positive results of the assistance that they promote.

KEYWORDS: Health services evaluation; Mental health; Rehabilitation.

EVALUACIÓN DE UN SERVICIO SUSTITUTO EN SALUD MENTAL

RESUMEN: La necesidad de evaluar el funcionamiento de los servicios sustitutos en salud mental es emergente, para conocer la realidad y la organización del proceso de trabajo, fundamentado en los principios de la rehabilitación psicossocial. Tenemos como objetivo evaluar el proceso de trabajo de un Centro de Atención Psicossocial-CAPSII de un municipio de la región sur del Brasil, a partir de los presupuestos de Donabedian. Se trata de un estudio evaluativo, descriptivo, siendo parte del estudio piloto de la investigación CAPSUL. La colecta de datos ocurrió en mayo, 2006, con 18 profesionales del servicio, representando 82% del equipo. El instrumento de colecta de datos fue un cuestionario autoaplicado. El análisis de datos fue realizado a partir de la legislación vigente en salud mental. Los resultados revelan que, a pesar de las dificultades encontradas en el día a día del servicio, los profesionales desarrollan un trabajo de calidad, creyendo en los resultados positivos de la asistencia por ellos promovidos.

PALAVRAS CLAVE: Evaluación de servicios de salud; Salud mental; Rehabilitación.

*Apoio CNPq. Parte do Trabalho de Conclusão de Curso, a partir de dados parciais da pesquisa CAPSUL.

¹Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS. Bolsista CAPES.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EERP-USP. Professora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas-UFPEL. Apoio CNPq.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFSC. Professora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPEL.

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela EE/USP. Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS.

Autor correspondente:

Fernanda Barreto Mielke

Rua Cel. Fernando Machado, 984 - 90010-320 - Porto Alegre-RS

Email: fbmielke@gmail.com

Recebido: 20/10/08

Aprovado: 15/03/09

INTRODUÇÃO

Atualmente os transtornos mentais e comportamentais atingem cerca de 450 milhões de pessoas no mundo, condicionando-as a serem vítimas de violação de direitos humanos, isolamento e exclusão social, baixa qualidade de vida além dos elevados custos econômicos e sociais⁽¹⁾.

Desde a década de 1970 o Brasil vive um processo de transformação dos saberes e das práticas em saúde mental através do movimento da Reforma Psiquiátrica. Este movimento prioriza a atenção em saúde mental articulada com os demais setores da saúde e da sociedade, almejando a reinserção social do usuário e a recuperação de sua cidadania. A Reforma Psiquiátrica Brasileira conta com a participação da sociedade destacando os usuários da saúde mental e seus familiares, universidades, sociedade civil além dos profissionais de saúde, todos sendo co-responsáveis no processo de reabilitação psicossocial. Para alcançar os objetivos do movimento reformista foi necessário criar novos dispositivos em saúde para operacionalizar o cuidado nos parâmetros do novo modo de cuidar em saúde mental, o psicossocial. Este modo de atenção é centrado no usuário, sendo este o protagonista do tratamento, valorizando sua subjetividade e resgatando sua cidadania⁽²⁾. O modo psicossocial confronta-se com as práticas e os saberes do modo asilar, hospitalocêntrico.

O modelo psicossocial encontra-se em processo de consolidação em oposição ao asilar, o que tem repercutido na organização e nas intervenções do cuidado oferecido aos usuários dos serviços de saúde mental, pois há uma mudança no foco do atendimento, que deixa de ser unicamente na doença e passa a ser no sujeito em sofrimento psíquico.

Os novos dispositivos substitutivos ao manicômio consistem em serviços de atenção diária, abertos, com livre acesso aos usuários, familiares e sociedade. Estão pautados no atendimento territorializado, enfatizando a importância da inclusão da família no tratamento e na reabilitação, orientando o cuidado ao sujeito que sofre psiquicamente, respeitando sua subjetividade. A equipe desses serviços deve ser multidisciplinar, buscar atender a integralidade do sujeito, em suas diferentes demandas. Dentre os diferentes serviços substitutivos, enfocamos os Centros de Atenção Psicossocial

(CAPS), local onde foi desenvolvida a pesquisa a que se refere este artigo.

Por ser um serviço em consolidação e considerado pelo Ministério da Saúde como articulador da rede de saúde mental⁽³⁾ é importante a realização de pesquisas que busquem avaliar a qualidade desses serviços. A avaliação pode ser compreendida e utilizada como instrumento potencial para a efetivação de práticas e saberes psicossociais, no contexto da mudança de paradigma em saúde mental, sendo importante a realização das pesquisas avaliativas a partir dos cenários reais, ou seja, os próprios serviços de saúde mental⁽⁴⁾.

Entendemos que o desenvolvimento de estratégias junto à nova estruturação dos serviços deve incluir a análise da tríade estrutura, processo e resultado⁽⁵⁾. Destacamos que o processo inclui as atividades e procedimentos utilizados pelos trabalhadores de saúde para, partindo dos recursos disponíveis, transformarem recursos em resultados⁽⁶⁾. O processo relaciona-se a todas as atividades desenvolvidas no serviço, englobando a satisfação, o perfil, as condições e a sobrecarga de trabalho dos profissionais⁽⁷⁾. Dessa forma, neste estudo o objetivo é: avaliar o processo de trabalho de um CAPSII de um município da região sul do Brasil.

MÉTODOS

Este estudo é um subprojeto da pesquisa intitulada Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL), aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, ofício nº068/06. Trata-se de um estudo avaliativo, descritivo, cuja coleta de dados ocorreu em maio de 2006 em um CAPSII de um município da região sul do Brasil.

A amostra do estudo foi composta por 18 profissionais do serviço, representando 82% da equipe, de um total de 22 trabalhadores. Participaram do estudo dois merendeiros, dois técnicos administrativos, um artesão, um médico, dois técnicos em enfermagem, dois enfermeiros, um auxiliar de serviços gerais, um assistente social, dois psicólogos, um artista plástico e dois educadores físicos, sendo que um não respondeu a questão. A escolha da amostra foi intencional, visto que esta equipe fazia parte do estudo piloto da pesquisa CAPSUL.

O instrumento de pesquisa consistia em um

questionário auto-aplicado contendo 136 questões fechadas e abertas, dentre as quais contemplava a satisfação dos profissionais através da escala de avaliação da satisfação da equipe técnica dos serviços de saúde mental (SATIS-BR)⁽⁸⁾. Para este estudo utilizamos 34 questões referentes ao processo de trabalho do serviço. As questões referiram-se ao último mês de atendimento e foram respondidas pelos profissionais do serviço. O questionário foi entregue aos trabalhadores que participaram da pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este termo continha sucintamente os objetivos e a metodologia da pesquisa e igualmente garantia o anonimato dos participantes e a permissão para a utilização dos dados. Os dados foram analisados a partir da legislação em saúde mental, destacando a portaria 336/2002 e a publicação Saúde Mental no SUS: os CAPS/ 2004.

RESULTADOS

A população do estudo foi composta por 66% de profissionais do sexo feminino, totalizando 12 profissionais, que tinham em média 40,9 anos de idade. A média de tempo de trabalho no serviço estudado era de 2,7 anos. A carga horária de trabalho no serviço variou entre 20 e 40 horas semanais, sendo que 61% dos entrevistados, que totalizava 11 profissionais, cumpriam carga horária de 20 horas. Cinco profissionais, 27,9% da amostra, trabalhavam 30 horas no serviço e 11,1%, dois profissionais, tinham 40 horas de trabalho no serviço.

O vínculo empregatício do tipo estatutário era o de 77,8% dos profissionais, ou seja, 14 profissionais. Três profissionais estavam em contrato emergencial/temporário, representando 16,7% da amostra. Um profissional (5,5%) estava em regime CLT. Nove profissionais, representando 50% da amostra, não possuíam outro emprego; oito (44,5%) possuíam outro emprego em hospitais gerais, hospital psiquiátrico, policlínica geral, escola, academia e consultório particular. Um profissional, 5,5%, não respondeu a questão.

No período de um mês foram realizados 566 atendimentos individuais e 83 atendimentos grupais, incluindo as oficinas terapêuticas, por diferentes profissionais, de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos atendimentos individuais e em grupo por profissional

Profissional	Atendimentos individuais	Atendimentos em grupo
Médico	200	0
Enfermeiro 1	120	9
Enfermeiro 2	20	12
Assistente social	40	8
Psicóloga 1	120	14
Psicóloga 2	50	8
Artista plástico	0	16
Educador físico	16	16
Total	566	83

As reuniões de equipe ocorrem semanalmente, no turno da manhã, em que o serviço permanece fechado para o atendimento externo. Metade dos trabalhadores entrevistados, 9, participaram de todas as reuniões realizadas no último mês antecedente à coleta dos dados.

As dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho desses profissionais podem ser caracterizadas conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Dificuldades enfrentadas no trabalho, referida pelos trabalhadores do CAPS

Dificuldades	N de trabalhadores	%
Falta de ferramentas adequadas para o trabalho	16	88,9
Falta de segurança	15	83,3
Risco permanente de vida	8	44,4
Inadequação da área física	9	50
Grande demanda	9	50
Falta de recursos humanos, materiais e financeiros	9	50
Falta de cursos de capacitação	9	50

No total de 18 questionários, a falta de ferramentas adequadas para o trabalho foi referida por 88,9% da amostra, compreendendo 16 profissionais. A falta de segurança foi mencionada por 15 profissionais (83,3%). O risco permanente de vida foi apontado por 8 profissionais, representando 44,4% da amostra. A questões referentes à inadequação da área física, grande demanda, falta de recursos humanos, materiais e financeiros e falta de cursos de capacitação foi citada

por 9 profissionais, 50% da amostra.

Com relação às questões da escala SATIS-BR, destacamos algumas para analisar o processo de trabalho.

Treze profissionais, equivalente a 72,2% da amostra, consideravam que o trabalho lhes exigia uma grande dose de responsabilidade. Três profissionais (16,7%) consideravam que o trabalho exigia muita responsabilidade.

Na questão sobre como os profissionais achavam que o serviço compreendia os problemas dos pacientes, um (5,5%) considerava que os profissionais não compreendiam muito. Seis (33,4%) apontaram que compreendiam mais ou menos; oito (44,4%) que compreendiam bem e 3 (16,7%) que compreendiam muito bem os problemas dos pacientes.

Quando questionados sobre a apropriação do serviço para receber os pacientes, considerando suas necessidades globais, 3 profissionais, 16,7%, consideravam o serviço inapropriado e 8, 44,4%, que o serviço era mais ou menos apropriado. Seis profissionais, 33,4%, referiram que o serviço é bem apropriado e 3, 16,7%, que é muito bem apropriado para receber os pacientes.

A frequência adequada de contato individual entre os profissionais e o paciente deveria ser de 2-3 vezes por semana na opinião de 33,4% da amostra, 6 profissionais. Um profissional, 5,5%, considerava que deveria ser mais que uma vez por dia e outro que deveria ser aproximadamente uma vez ao mês. Três deles, 16,7%, apontavam que deveria ser uma vez por dia enquanto que outros três que deveria ser de 3-6 vezes por semana. Quatro outros profissionais, 22,2%, mencionavam que deveria ser de 1-2 vezes por semana.

Onze profissionais (61,2%) concordavam que, no momento que os pacientes entravam em contato com o serviço, existiam outras opções disponíveis para eles. Dentre as opções, oito profissionais (44,4%) mencionaram o hospital psiquiátrico, 4 (22,2%) a unidade básica de saúde e 3 (16,7%) o ambulatório.

No que se refere ao atendimento à família, sete profissionais, 38,9%, consideraram que o serviço estimula muito a participação desta no tratamento de seu familiar. Um, 5,5%, considerou que estimula de alguma forma enquanto outro que não estimula muito. Quatro, 22,2%, avaliaram que estimula extremamente e cinco, 27,8%, que estimula mais ou menos.

Sete profissionais (38,9%) mencionaram que achavam a equipe mais ou menos competente para lidar com o envolvimento familiar enquanto outros sete

avaliaram a equipe como competente. Três profissionais (16,7%) consideraram a equipe muito competente e um (5,5%) considerava a equipe incompetente para trabalhar com a família.

Com relação à competência geral da equipe, 50% da amostra, 9 profissionais, avaliaram a equipe como competente. Cinco, 27,8%, classificaram como mais ou menos competente; dois, 11,1%, como muito competente e um, 5,5%, como incompetente.

As instalações da unidade foram classificadas como ruins por 61,2% da amostra, representando 11 profissionais. Três profissionais, 16,7%, consideraram as instalações péssimas enquanto outros três as avaliaram como regulares. Um profissional, 5,5% considerou as instalações boas.

Quando questionados sobre se indicariam o serviço para algum amigo ou familiar que estivesse necessitando deste tipo de ajuda, 44,4% (8 profissionais) respondeu que talvez indicaria. Cinco, 27,8% indicaria com certeza e quatro, 22,2% achava que indicaria. Um, 5,5%, achava que não indicaria. Dos que responderam afirmativamente, sete, 38,9%, indicaria porque o CAPS tem um bom atendimento; nove, 50%, indicaria porque no CAPS se obtém bons resultados e um, 5,5%, indicaria pelo envolvimento da equipe com o trabalho.

Quinze trabalhadores, 83,4% da amostra, acreditavam que o serviço poderia melhorar. Para isso fizeram algumas sugestões como a abertura do ambulatório para diminuir a demanda, a alta efetiva do CAPS, aumento dos recursos humanos e financeiros, reorganização do atendimento, capacitação dos profissionais e melhorarias na infra-estrutura.

DISCUSSÃO

Apesar da maioria dos profissionais, 61%, cumprirem a carga horária de 20 horas semanais, a metade deles não possuía outro emprego. O tempo de trabalho no serviço de aproximadamente 3 anos pode demonstrar que a rotatividade de profissionais no serviço não é alta, o que favorece o vínculo com o usuário.

Os atendimentos individuais ganham destaque no serviço, especialmente pelo profissional médico. Dois fatores podem estar envolvidos nessa questão. Um deles é a formação dos profissionais sob o pano de fundo do modelo biomédico, que valoriza a especialidade, o acesso às tecnologias diagnóstico-terapêuticas de última geração e a medicalização⁽⁹⁾. Outro possível fator relacionado ao elevado número de

atendimentos individuais é que o serviço atende usuários nas três modalidades previstas na legislação⁽¹⁰⁾: intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, e a demanda maior da última modalidade torna-se o atendimento individual, especialmente consultas médicas.

Os atendimentos tanto individuais quanto grupais são preconizados na legislação em saúde mental, pois um dos objetivos do CAPS é a reinserção social do usuário através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, através de ações intersetoriais, criando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas⁽³⁾. Concluímos, dessa forma, que o serviço atende às orientações legais com relação aos atendimentos oferecidos.

A reunião de equipe é o espaço no qual os profissionais podem e devem concretizar o trabalho interdisciplinar, sendo o local para discussão, diálogo entre os diferentes profissionais, buscando a interação sem a perda da especificidade, possibilitando um olhar ampliado sobre o cuidado em saúde mental. A participação de metade dos componentes da equipe em todas as reuniões do mês demonstra o comprometimento e a dedicação com o trabalho do CAPS e, exige dos profissionais a disponibilidade para ouvir, dialogar e compartilhar saberes e fazeres. Desse modo, busca organizar as atividades de modo coletivo, atendendo as demandas da equipe, dos usuários e dos familiares. É um espaço de encontro e, que deve permitir a horizontalização entre todos os profissionais que se responsabilizam pelo trabalho.

Dentre as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no serviço, destaca-se a questão da falta de ferramentas adequadas para o trabalho. Podemos inferir que dentre as ferramentas de trabalho estejam incluídos os materiais para realização de oficinas, um veículo para realização de visitas domiciliares, alimentação para as refeições, material expediente suficiente para a demanda da equipe, entre outros. A falta dessas ferramentas atinge todos os aspectos do serviço. Durante a coleta de dados, a quantidade de alimentação distribuída para o serviço foi reduzida, forçando a equipe a restringir o fornecimento de almoço aos usuários intensivos, permanecendo no serviço somente aqueles mais comprometidos no cuidado. Vale destacar que o almoço para usuários intensivos é assegurado pela portaria nº336/2002⁽¹⁰⁾.

Os rearranjos feitos no processo de trabalho dos profissionais da equipe com relação à falta das ferramentas adequadas para o trabalho interferem na

satisfação do profissional em desenvolver suas atividades.

A maioria dos profissionais, 72,2%, considerou que o trabalho lhes exigia uma grande dose de responsabilidade. Supomos que isso se deva ao fato de ser um serviço de saúde e de atender uma clientela como os usuários em sofrimento psíquico. A responsabilidade e a responsabilização do serviço pelo usuário estão, também, no fato de evitar o abandono e a internação, contribuindo para a desinstitucionalização da loucura⁽¹¹⁾. A responsabilidade assumida pelos profissionais do CAPS é grande visto que este serviço é considerado como estratégico para a organização da rede de saúde mental⁽³⁾, e assim, quem ali trabalha, assume o compromisso de “fazer acontecer” a reabilitação psicossocial.

Com relação à compreensão dos problemas dos usuários, a equipe considerou que compreendem bem essa demanda, demonstrando interesse na necessidade exposta pelo usuário. Mas consideraram que o serviço é mais ou menos adequado quando consideradas as necessidades globais dos usuários. Talvez isso esteja relacionado aos demais serviços que o usuário necessita e que não encontra no CAPS, mas na rede de saúde.

A frequência de contato individual entre profissional e usuário deveria ser de 2-3 vezes por semana de acordo com 33,4% dos profissionais, demonstrando a preocupação no acompanhamento do usuário e buscando fortalecer o vínculo entre profissional e usuário.

Os profissionais (61,2%) mencionaram que havia outros serviços disponíveis para os usuários no momento em que estes procuraram o CAPS. Apesar de 44,4% da amostra referirem o hospital psiquiátrico como principal recurso disponível, é possível inferir que a equipe reconhece a rede de saúde mental e sua necessidade, apontando para a unidade básica de saúde e o ambulatório.

Na proposta da Reforma Psiquiátrica a implantação da Rede Integral de Atenção em Saúde Mental é imprescindível para alcançar a reabilitação dos usuários. Fazem parte dessa rede serviços como a atenção básica, os ambulatórios especializados, CAPS, residências terapêuticas, hospital-dia, centros de convivência, geração de renda e trabalho, urgência/emergência psiquiátrica, leitos/unidades em hospital geral, entre outros, para atender as diferentes demandas do indivíduo em sofrimento psíquico⁽¹²⁾.

Com relação ao atendimento da família do usuário, 38,9% dos profissionais consideraram que o

serviço estimula muito a participação desta no tratamento do seu familiar. O cuidado desenvolvido pela família com seu familiar em sofrimento psíquico exige nova organização da família e a aquisição de habilidades que podem causar, a princípio, uma desestruturação na base familiar⁽¹³⁻¹⁴⁾. Essa estruturação-desestruturação-estruturação dialética exige dos profissionais nova visão dos familiares, que além de parceiros no acompanhamento terapêutico também necessitam de cuidado. Cuidar da família sob o pano de fundo da desinstitucionalização significa dar espaço para a expressão de seus sentimentos, objetivando melhorar a qualidade de vida.

É importante incluir os familiares no plano de cuidados, na intenção de diminuir sua sobrecarga e facilitar a inclusão social do usuário que sofre psiquicamente. Pois se sabe que a família quando recebe o apoio e a orientação de que necessitam, compartilhando problemas e dificuldades, torna-se aliada na desinstitucionalização do usuário⁽¹⁵⁾.

Considerando a competência da equipe para lidar com o envolvimento familiar, parte dos profissionais (38,9%) considera mais ou menos competente e parte (38,9%) considera competente. Podemos concluir que a equipe busca atender da melhor forma possível as demandas da família.

A equipe foi avaliada por si mesma como competente (50%), o que demonstra que os profissionais reconheceram a importância de seu trabalho e estavam satisfeitos com o mesmo.

As instalações da unidade foram consideradas ruins por 61,2% dos profissionais. Isto talvez se deva ao fato da falta de manutenção adequada, como limpeza e pintura das paredes, instalação elétrica, instalação hidráulica, entre outros, causando desconforto aos profissionais para a realização de seu trabalho.

A metade dos profissionais indicaria o serviço do CAPS para algum amigo ou familiar que estivesse necessitando deste tipo de ajuda. Isto demonstra que a equipe reconhece a importância do seu trabalho e acredita nos resultados obtidos com essa forma de tratamento.

A maioria dos profissionais (83,4%) acredita que o serviço pode ser melhorado, contribuindo com algumas sugestões para isso. Entendemos que a mudança de paradigma só é possível quando se acredita na sua viabilidade. Mesmo com dificuldades de diversas ordens, não se pode desistir de efetivar a transformação proposta pela Reforma Psiquiátrica. É

necessário praticar a desinstitucionalização, tornando-a um trabalho concreto e cotidiano, como nos instiga a experiência italiana⁽¹⁶⁾.

A avaliação realizada permite afirmar que o trabalho desenvolvido pelos profissionais do CAPS é de qualidade e traz resultados positivos na reabilitação psicossocial do usuário, além de trazer satisfação aos profissionais. Algumas mudanças ainda se fazem necessárias, mas já é possível avaliar positivamente o processo de trabalho neste serviço.

CONCLUSÃO

O trabalho no modo psicossocial exige do profissional uma postura política crítica às práticas asilares, cobrando criatividade e dinamicidade no processo de trabalho. O modo psicossocial exige outro comportamento no cuidado, no qual existe o encontro entre profissional e usuário, ambos sendo responsáveis pelo tratamento. A responsabilidade no trabalho segundo a lógica psicossocial é maior com relação à asilar, fazendo com que haja maior envolvimento de todas as partes. O profissional também é sujeito do processo de mudança paradigmática, e isto faz com que assuma diferentes papéis no serviço e na sociedade, exigindo maior comprometimento.

Nesta avaliação concluímos que se trata de uma equipe qualificada, que busca efetivar as práticas substitutivas em saúde mental propostas pela legislação vigente. Consideramos que os profissionais estão satisfeitos com seu trabalho, apesar das dificuldades que precisam ser enfrentadas no cotidiano do serviço. Igualmente, eles acreditam na qualidade da assistência que promovem aos usuários, avaliando-se como uma equipe competente.

É importante a realização de outros estudos avaliativos de novas realidades dos diferentes serviços substitutivos para que seja possível refletir sobre os avanços alcançados e os almejados, para melhorar a qualidade desses novos serviços.

REFERÊNCIAS

1. OMS. Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2001.
2. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaio – subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p.141-168.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Texto Contexto Enferm*. 2004; 13(4):593-8.
5. Donabedian A. The assessment of technology and quality. A comparative study of certainties and ambiguities. *Int J Technology Assessment in Health Care*. 1988; 4:487-96.
6. CAPSUL. Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: Relatório. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Ministério da Saúde. 2007. 437p.
7. Donabedian A. La calidad de la atención medica – definición y metodos de evaluación. México: Prensa Medica Mexicana, S.A; 1984.
8. Bandeira M, Ishara S, Zuardi AW. Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade de construto das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR. *J Bras Psiquiatr*. 2007; 56(4): 280-6.
9. Barros JAC. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? *Saude Soc*. 2002 Jan/Jul; 11(1):67-84.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/ GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
11. Batista e Silva MB. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *Rev Saúde Col*. 2005; 15(1):127-50.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de saúde mental. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2001.
13. Schrank G, Olschowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1):127-34.
14. Oliveira AMN, Lunardi, VL, Silva, MRS. Repensando o modo de cuidar do ser portador de doença mental e sua família a partir de Heidegger. *Cogitare Enferm*. 2005 Jan/Abr; 10(1):9-15.
15. Esperidião E. Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [online] 2001; 3(1); Jan/Jun.. Available from: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista>. (29 jan. 2007).
16. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicácio F, organizador. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 2001. p.17-60.